

☐	Nödvändig tandvård
☐	Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
Tandvård som led i en sjukdomsbehandling. Ange vilken S-grupp <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>	

Vårdgivaruppgifter
Patientuppgifter

Namn: Klinik: Adress: Telefon:	Personnr: Namn:
---	------------------------

Statusuppgifter

Tand	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Föregående tandvård																																
Karies																																

Anamnes, sjukdomsbeskrivning, behandlingsplan, prognos och motivering till behandlingsförslaget**Planerade åtgärds-koder**

ÖK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Undersökning:				Profylax/Sjukdomsbehandlande åtgärder:								Övrigt:				Totalkostnad

Behandlarens underskrift

Datum	Namnteckning/Namnförtydligande	Ev. specialistkompetens
-------	--------------------------------	-------------------------

Bedömning Tandvårdsenheten

☐ Faktura avseende behandling kommer att godkännas ☐ Faktura avseende behandling kommer att godkännas med ändring enligt nedan ☐ Faktura avseende behandling kommer ej att godkännas Komplettering krävs	Ankomstdatum
Kommentar:	
Namnteckning/Namnförtydligande	Datum